

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1895, à 1 heure

PAR

André COLLET

ANCIEN INTERNE — LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Trousseau — Salpêtrière — Laennec — Hôtel-Dieu — Tenon)
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DES TUMEURS MIXTES

DES

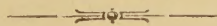
GLANDES SALIVAIRES DES LÈVRES

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM.

{	POZZI, agrégé.
	BALLET, agrégé.
	ALBARRAN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1895, à 1 heure

PAR

André COLLET

ANCIEN INTERNE — LAURÉAT DES HÔPITAUX

(TROUSSEAU — SALPÊTRIÈRE — LAENNEG — HÔTEL-DIEU — TENON)

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DES TUMEURS MIXTES

DES

GLANDES SALIVAIRES DES LÈVRES

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM.

{	POZZI, agrégé.
	BALLET, agrégé.
	ALBARRAN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	N ^{III}
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON AMI LE D^r L. LANDOWSKI

INTRODUCTION

En octobre 1894, alors que nous étions l'interne de M. le professeur Proust, nous eûmes l'occasion de voir, à la consultation, une femme atteinte d'une tumeur de la lèvre supérieure; elle n'en souffrait pas, mais son volume s'accroissant, elle désirait en être débarrassée. Nous envoyâmes cette malade à notre collègue et ami M. G. Sourdille, interne à l'Hôtel-Dieu, qui l'opéra, et qui fit de cette tumeur un examen complet qu'il voulut bien nous communiquer. La tumeur en question s'était développée dans les glandes labiales et présentait cette particularité à peine signalée une fois par James Paget et une aussi par Goodhart qu'elle contenait du tissu osseux.

C'est à propos de cette observation que nous étudiâmes les glandes salivaires de la lèvre et leurs tumeurs mixtes et que nous nous décidâmes à faire de ce sujet l'objet de notre thèse.

Les glandes salivaires labiales, en effet, sont peu connues encore, à peine dans les classiques en trouve-t-on une description rapide sans figures. C'est seulement dans l'anatomie de Henle qu'une figure montre ces glandes formant à la lèvre supérieure et à la lèvre inférieure une couche continue. Henle d'ailleurs ne

leur accorde que quelques lignes de description. Nous nous sommes attaché à les examiner plus complètement au point de vue macroscopique et, au moyen de préparations que nous exposons au chapitre anatomie et dont nous reproduisons un croquis, nous avons découvert quelques points intéressants à signaler.

Au point de vue physiologique ces glandes ne diffèrent pas des autres glandes salivaires, aussi n'insistons-nous pas sur ce sujet.

C'est l'étude microscopique de leur structure normale et de leurs tumeurs qui nous a paru surtout intéressante.

Anatomiquement en effet, pas de différences entre ces glandes et les grosses glandes salivaires, sauf que ces dernières (parotides, sous-maxillaires et sublinguales) sont des glandes conglobées tandis que celles des lèvres absolument comme celles des joues et du voile du palais sont étalées en nappe sous la muqueuse qui les recouvre. Du moins telle est la description donnée par les auteurs; car, d'après nos préparations, si cet étalement est vrai pour la plupart d'entre elles, si chacune est isolée avec son canal excréteur propre, on trouve cependant de chaque côté des lèvres près des commissures de ces glandes labiales absolument conglobées, ce qui est encore un point de rapprochement entre les glandes salivaires sous-muqueuses des lèvres et les grosses glandes salivaires.

Tout concourt d'ailleurs à identifier ces glandes; d'abord l'anatomie, comme nous venons de le voir, puis la pathologie. En effet, depuis le milieu du siècle

environ, on avait rapproché les chondromes des glandes labiales des chondromes de la parotide. Mais ce n'est que récemment que les études complètes tentées à Nantes, par le professeur Malherbe et ses élèves, Pérochaud, de Larabrie, Voyer montrèrent que les tumeurs mixtes de ces glandes sont identiques les unes aux autres, ce qui est encore un point de rapprochement important.

Cependant, sauf J. Paget et Goodhart, qui signalent chacun une fois la présence de nodules osseux dans une tumeur qu'ils ont extirpée de la lèvre, on n'avait pas jusqu'alors d'observation avec examen histologique où ce fait fût nettement démontré. L'observation que nous possédons présente donc cet intérêt, que pour la première fois la présence du tissu osseux est nettement établie dans ces variétés de tumeurs.

Si nous cherchons encore des points de comparaison avec les tumeurs parotidiennes, nous voyons qu'ils abondent. Cliniquement, même évolution, d'abord bénigne puis maligne ; histologiquement, même structure : c'est-à-dire tissu épithélial avec stroma conjonctif essentiellement variable, cartilage, tissu fibreux, myxomateux, osseux, et le rapport entre la partie épithéliale, c'est-à-dire maligne, et la partie conjonctive, c'est-à-dire bénigne variant suivant que la tumeur est considérée au début, où elle est bénigne, ou à la fin, où elle prend tous les caractères de l'épithélioma.

Ce qui nous a encore engagé à faire de cette étude le sujet de notre thèse, c'est la pauvreté de documents sur ce sujet. Si, en effet, la littérature

médicale foisonne de documents sur les tumeurs des autres glandes salivaires, nous ne trouvons guère jusqu'alors, sauf les travaux complets des médecins de Nantes, que nous avons cités, que quelques mots dans les traités de chirurgie et pour ainsi dire rien dans les articles des dictionnaires.

Nous nous proposons donc d'étudier d'abord l'anatomie des glandes labiales, puis l'histoire complète de leurs tumeurs mixtes avec les observations que nous possédons.

Nous terminerons par les conclusions qui nous paraîtront devoir ressortir de ce travail.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons, regardant en arrière, à revivre encore une fois notre vie d'étudiant et à remercier les maîtres qui nous ont aidé de leurs conseils et soutenu de leur bienveillance.

Monsieur le professeur Le Dentu a été notre premier maître, nous avons, pendant une première année, suivi son beau service de l'hôpital Saint-Louis, plus tard il nous a admis comme externe à l'hôpital Necker, et si les circonstances ne nous ont pas permis d'être son interne, nous ne lui en avons pas moins une grande reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné, pour la bonté dont il ne s'est jamais départi envers nous, et pour la dernière preuve d'intérêt qu'il nous donne en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le professeur Proust, qui a bien voulu accueillir dans son service, en qualité d'interne,

l'externe qu'il avait encouragé avec tant de bienveillance, nous devons un témoignage spécial de notre gratitude.

C'est dans l'année que nous avons passée dans son service que nous avons eu comme maîtres Monsieur Gilles de la Tourette et Monsieur Mathieu, qui nous ont initié aux secrets des maladies nerveuses et des maladies de l'estomac ; qu'ils veuillent bien nous permettre de les assurer de notre reconnaissance. Cette même année, Monsieur le Docteur Thoinot a été pour nous plus qu'un maître, un ami ; qu'il soit bien assuré de l'excellent souvenir que nous garderons toujours du temps trop court qu'il a passé à l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur Moizard, alors que nous fûmes son interne à l'hôpital Trousseau, nous a initié aux difficultés de la clinique et de la thérapeutique infantiles, il a été pour nous le meilleur des maîtres.

Pendant notre année d'internat chez Monsieur le Docteur Nicaise, à l'hôpital Laënnec, nous avons appris auprès des meilleurs des maîtres, Messieurs Marchant et Delbet, la théorie et les pratiques de la grande chirurgie, nous leur serons toujours reconnaissant des conseils qu'ils nous ont donnés et de l'initiative qu'ils nous ont laissée dans leur service.

Monsieur le Docteur Jules Voisin nous a permis d'acquérir quelques expériences en maladie mentale.

Que Messieurs Ferrand, Variot et Nélaton nous permettent aussi de leur adresser nos remerciements.

Nous avons eu le regret de ne pouvoir être l'interne

de Messieurs Segond et Berger, qui avaient bien voulu nous accueillir, ce que nous ne saurions oublier.

Que Monsieur Marchant, mon premier maître dans l'internat, mon dernier maître aussi, me permette de lui dire d'une façon toute particulière ma reconnaissance et pour son enseignement et pour les marques d'intérêt qu'il n'a jamais cessé de me prodiguer, à moi et aux miens, ce dont je ne saurai jamais assez le remercier.

En terminant, merci à mon ami d'internat G. Sourdille, pour l'amabilité avec laquelle il a mis à ma disposition les documents qui pouvaient me servir dans ce travail.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Les glandes des lèvres forment immédiatement en arrière de la couche musculieuse une nappe à peu près continue. Leur nombre est très considérable; ce sont de petits corps arrondis, juxtaposés et unis entre eux par un tissu cellulaire lâche. Chacune d'entre elles possède un canal excréteur qui lui est propre et qui vient s'ouvrir après un trajet naturellement fort court sur la face postérieure des lèvres, dans le vestibule de la bouche par conséquent.

A l'état normal il est très facile de les sentir. Il suffit de passer le doigt sur la muqueuse pour reconnaître la présence de petites masses saillantes, dures et irrégulières, qui ne sont autre chose que ces glandes.

Dans certains cas ces glandes s'hypertrophiant repoussent la muqueuse en avant du bord libre formant alors ce que l'on appelle la double-lèvre.

Telle est la description microscopique que nous trouvons dans tous les auteurs.

Pour étudier ces glandes nous avons enlevé la muqueuse labiale et une partie du muscle orbiculaire des lèvres par un procédé très simple : incision circulaire tout autour de l'orifice buccal, incision portant en plein milieu de la musculieuse puis décollement de la muqueuse sur les lèvres supérieures et inférieures jusqu'au dessous du cul-de-sac muqueux labio-gingival.

Latéralement nous avons poussé la dissection à deux centimètres environ en dehors des commissures. La muqueuse ainsi enlevée, nous avons une pièce annulaire comprenant au centre l'orifice buccal et tout autour de cet orifice la muqueuse labiale et jugale.

Ces pièces furent tendues, au moyen d'épingles sur une plaque de liège de façon à ce que la surface muqueuse reposât sur le liège puis le tout fut plongé dans une solution d'acide acétique à 1/100 pendant plusieurs jours.

Au bout de deux jours, les tissus étaient suffisamment ramollis et rendus transparents pour que la dissection fût faite.

La couche musculaire fut d'abord complètement enlevée et nous trouvâmes les nerfs et les vaisseaux au-dessous desquels, c'est-à-dire juste contre la muqueuse, apparurent les glandes.

Nous fîmes ainsi plusieurs préparations et ce qui nous frappa tout d'abord ce fut le volume de ces glandes. Si beaucoup d'entre elles, en effet, sont très petites, de la grosseur d'un grain de mil, la plupart, au contraire et cela surtout sur les parties latérales des lèvres, ont un volume beaucoup plus considérable qu'on peut comparer à celui d'un gros plomb de chasse, d'un grain de blé.

Ces glandes sont arrondies, réunies les unes aux autres par du tissu cellulaire qui les applique contre la muqueuse.

Elles forment sur les deux lèvres une couche continue étendue d'une commissure à l'autre dans le sens de la largeur, du cul-de-sac gingivo-labial au bord labial dans le sens vertical. Les couches glandulaires des deux lèvres

sont absolument indépendantes l'une de l'autre et séparées au niveau de la commissure par l'épaisseur des muscles qui viennent s'insérer et s'entrecroiser à cet endroit.

Les glandes sont beaucoup plus nombreuses et plus volumineuses à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure. Mais partout elles présentent ce même caractère que, très petites vers la partie moyenne, elles vont en augmentant de nombre et de volume vers les commissures.

A cet endroit, aux deux lèvres, elles sont massées en grand nombre, les unes absolument isolées ou isolables les unes des autres, les autres réunies ensemble formant par conséquent en haut et en bas de la commissure de véritables glandes conglobées analogues aux glandes sublinguales, ayant la grosseur d'un pois à la lèvre inférieure, un peu plus petites à la lèvre supérieure.

Il y a donc aux lèvres deux variétés de glandes, les unes isolées, les autres conglobées.

Ces dernières d'ailleurs sont bien séparées des autres; elles forment la limite extérieure de la couche glandulaire et c'est à peine si on peut trouver un ou deux petits lobules glandulaires en dehors d'elles.

En dedans au contraire, les glandules salivaires sont très nombreuses, formant une couche presque continue qui va en diminuant d'épaisseur vers la partie moyenne ayant son maximum vers la moitié de la hauteur des parties latérales immédiatement entre la muqueuse et les artères coronaires labiales.

A la lèvre inférieure, les glandes très petites sont encore nombreuses à la partie moyenne; à la lèvre supérieure elles disparaissent presque complètement de telle

sorte qu'on n'en trouve pour ainsi dire plus au niveau de la sous-cloison du nez ; ce qui explique comment le début des tumeurs des glandes labiales n'est jamais médian.

Nous donnons à la fin de notre thèse un dessin de ces glandes d'après une de nos préparations. Dans ce dessin on ne voit que des glandes d'un volume moyen ; mais, hâtons-nous de dire que le système glandulaire est beaucoup plus développé chez certains individus ; car la préparation que nous reproduisons appartient à un jeune homme d'une vingtaine d'années et chez une femme de 50 ans nous avons vu les glandes acquérir un volume beaucoup plus considérable. Le volume semblerait donc en rapport direct avec l'âge du sujet.

Sur une coupe transversale (Fig. II) passant un peu en dehors du frein des lèvres et examinée à un faible grossissement, on observe la disposition suivante :

Les glandes salivaires forment une couche continue située immédiatement en arrière de la muqueuse labiale. Cette nappe, placée entre la muqueuse et le muscle orbiculaire, formant le cinquième ou le sixième de l'épaisseur totale des lèvres, est constituée par la juxtaposition de 10 à 15 glandes, formées elles-mêmes de plusieurs lobules. Ces glandes baignent dans une atmosphère de tissu conjonctif lâche dans laquelle passent les vaisseaux et les nerfs qui se distribuent aux lèvres. Au voisinage immédiat des glandes le tissu cellulaire se condense, s'épaissit et forme une véritable capsule établissant une limite très nette entre la couche glandulaire et la muqueuse d'une part, et la couche musculuse d'autre part. Ainsi englobées, les glandes constituent une couche à limites bien tranchées, et, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire quand on dissèque cette région, aucune

d'entre elles ne s'engage dans la couche musculeuse, une véritable cloison fibreuse établissant une séparation entre ces deux couches.

Au point de vue de leur structure comme de leurs fonctions, ce sont des glandes salivaires. Kolliker (1) les a étudiées d'une façon toute spéciale et nous lui empruntons la description qu'il en a donnée et qui d'ailleurs est celle de toutes les glandules de la muqueuse buccale.

« Toutes les petites glandules salivaires de la muqueuse buccale qui sont des glandes acineuses, présentent la même structure et se composent sans exception d'un certain nombre de lobules glandulaires et d'un canal excréteur ramifié. Dans les glandules les plus simples, les lobules sont peu nombreux, allongés, ou piriformes, quelquefois arrondis, souvent aplatis ; ils ont 1^{mm} à 1^{mm}5 de longueur, sur 0^{mm}5 à 1^{mm} de largeur. Chacun de ces lobules repose sur un rameau du canal excréteur de 70 à 100 μ de largeur. Le canal lui-même mesure de 250 à 700 μ de diamètre. Les lobules se composent d'un certain nombre de conduits tortueux et garnis d'une foule de dépressions en cul-de-sac simples, ou composés, qui semblent être la continuation directe des canaux excréteurs des lobules ; ces canaux à peine entrés dans les lobules se divisent successivement en un certain nombre de branches, le plus souvent sans diminuer de diamètre.

» Les prétendues vésicules glandulaires (acini) ne sont autre chose que les petits cœcums et les extrémités de ces conduits, dernières ramifications des canaux excréteurs. Examinés superficiellement à un faible grossissement, les

(1) Kolliker. *Éléments d'histologie humaine*, 2^e édition française, 1868, p. 459.

acini paraissent régulièrement arrondis ou piriformes; mais une étude minutieuse d'un lobule entier, ou mieux encore de toute une glande dilacérée et injectée prouve que ces vésicules affectent des formes très diverses, qu'elles sont arrondies, piriformes ou allongées. Il n'est guère possible de décrire toutes les variétés qui se présentent sous ce rapport, aussi me contenterai-je de faire observer que les terminaisons des lobules glandulaires offrent souvent en petit les formes et aussi la structure des vésicules séminales.

» Les plus fins canaux et les vésicules glandulaires sont constitués par une membrane propre qui a 1,8 à 2,7 μ d'épaisseur, et par un épithélium qui, sur des préparations fraîches, se montre sous l'aspect d'une couche continue, tapissant les extrémités glandulaires, mais qui s'en détache avec une grande facilité et forme alors, dans leur intérieur, une masse grenue. Les cellules épithéliales sont disposées en simple couche sur la membrane propre; elles sont pentagones et hexagones, quelquefois un peu allongées; elles mesurent 10 à 14 μ en largeur, 7 à 9 μ en épaisseur et contiennent un noyau arrondi ou oblong, muni souvent d'un nucléole très net. Autour du noyau se voit, ainsi que Donders l'a démontré, une certaine quantité de mucus fluide, qui se coagule par l'acide acétique et dans lequel nagent un certain nombre de granulations plus ou moins grosses qui, tantôt ont simplement l'aspect de la graisse blanche et tantôt sont colorées en jaune ou en brun, contribuant à donner ainsi cette couleur à la glande.

» Les éléments des lobules glandulaires que nous venons de décrire sont très serrés les uns contre les autres, de sorte qu'il n'est pas rare de les voir s'aplatir mutuellement. Néanmoins il existe toujours entre eux une certaine quantité de tissu conjonctif dans lequel cheminent les vaisseaux. De plus,

ces divers lobules et la glande tout entière sont entourés d'une enveloppe plus dense de tissu conjonctif entremêlé de fibrilles élastiques, parfois aussi de cellules adipeuses.

» Dans les petites glandes, il n'y a pas d'autres subdivisions que les lobules et les vésicules ou utricules glandulaires que nous avons décrits. Dans les glandes plus volumineuses, les glandes labiales ou palatines par exemple, un certain nombre de lobules simples s'entourent d'une enveloppe commune de tissu conjonctif et constituent ainsi des lobules secondaires ; ceux-ci correspondent, pour la structure, à une glande dont ils ont également le volume, c'est-à-dire 1 à 3 millimètres de diamètre.

» Les conduits excréteurs des lobules présentent une tunique conjonctive renfermant des réseaux de fibres élastiques de 18 à 22 μ d'épaisseur dans les conduits principaux sur les petites glandes, 67 μ et même 90 μ sur les grandes ; l'épithélium a 27 μ .

» Je n'ai trouvé aucune trace de fibres musculaires, soit dans les glandes elles-mêmes, soit dans les conduits excréteurs. Mais on y voit une foule de petits vaisseaux qui pénètrent entre les lobules avec le canal excréteur ou autrement, et forment autour de ces derniers et autour des vésicules un réseau lâche de capillaires de 6,7 μ de diamètre, si bien que chaque vésicule entre en contact avec au moins trois ou quatre capillaires.

» Des nerfs nombreux accompagnent les canaux excréteurs ; ça et là on voit aussi quelques tubes de moyen calibre, dans l'épaisseur des glandes elles-mêmes. »

HISTORIQUE

Les documents relatifs aux tumeurs des glandes labiales sont peu nombreux comparativement à ceux qui se rapportent aux tumeurs des autres glandes salivaires.

Cependant comme pour ces dernières on peut décrire à l'histoire de ces tumeurs trois périodes qui peuvent se résumer ainsi :

1^{re} période. — Vers le milieu de ce siècle les tumeurs des glandes salivaires sont considérées comme des hypertrophies glandulaires, comme des adénomes.

2^e période. — Les examens deviennent plus complets ; on reconnaît la présence de tissus pathologiques et on parle d'adéno-sarcome et d'épithélioma.

3^e période. — Beaucoup plus récemment, à l'étranger surtout, les anatomo-pathologistes, aidés par une technique meilleure, font rentrer ces tumeurs dans la classe des tumeurs mixtes, les assimilant ainsi à des tumeurs fréquentes des diverses glandes, lèvres, testicules, etc. Puis plus récemment l'école de Nantes avec Malherbe, puis Pérochaud et Voyer, mettent complètement au point cette question.

Mais reprenons cette histoire par le détail.

En 1851, James Pajet, le premier, montre cette complexité dans un mémoire (*Lectures delivered at the Royal college of surgeon London*), où il publia trois observations

de tumeurs mixtes contenant du tissu glandulaire, du tissu cartilagineux, des kystes. Dans une de ces observations il signala pour la première fois la présence de tissu osseux.

Un peu plus tard, en 1852, Huguier publiait les observations de plusieurs tumeurs de la lèvre qu'il considérait comme une hypertrophie glandulaire simple, à propos d'un adénome palatin que Michon venait de présenter à la Société de Chirurgie.

En 1866, Broca présente à la même Société un adénome de la lèvre inférieure.

Puis ces idées sont admises par les classiques et c'est ainsi que Follin et Duplay, dans leur traité de pathologie externe, décrivent des enchondromes et des adénomes labiaux.

Il nous faut attendre alors jusqu'en 1885, époque à laquelle Pérochaud, de Nantes, publie sa thèse intitulée « Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires », thèse inspirée par le Docteur Malherbe, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Nantes.

Dans ce travail, Pérochaud s'efforce de démontrer : 1^o la similitude entre toutes les tumeurs mixtes des glandes salivaires et buccales ; 2^o leur caractère commun, qui est d'être toutes formées par un élément épithélial avec un stroma conjonctif variable, enfin il compare ces tumeurs aux tumeurs de même nature des autres glandes de l'économie, « glandes mammaires, testicules, etc. »

Il conclut :

Que les tumeurs les plus fréquentes des glandes salivaires sont les tumeurs mixtes, que les tumeurs purement épithéliales sont excessivement rares.

Que c'est aux dépens de l'épithélium glandulaire que

semble être le début de ces tumeurs, mais que cet élément épithéliomateux ou adénomateux est étouffé plus ou moins complètement par le tissu connectif.

Que l'élément connectif peut présenter du tissu cartilagineux, muqueux, fibreux, osseux et même élastique.

Que l'épithélium peut être presque complètement étouffé, et qu'alors la tumeur peut sembler purement conjonctive, mais que le plus souvent l'élément épithélial, au bout d'un temps variable, prend le dessus et que c'est alors que la tumeur, de bénigne, devient maligne.

De là la gravité du pronostic qu'il porte et le conseil absolu de toujours opérer le plus tôt possible.

On n'a guère fait de progrès, sur ce sujet, depuis cette époque.

Terrier, Hartmann et Broca consacrent, dans la dernière édition de leur manuel de pathologie externe, un chapitre aux tumeurs des lèvres qu'ils considèrent comme très rares et qu'ils assimilent aux tumeurs de la parotide.

En Angleterre, cette question avait fait de rapides progrès, plus rapides même que chez nous, car dès 1868 Mason (*British med. Journal*, 1868) publiait une observation, et Goodhart (*Lancet*, 1876), deux observations de ces tumeurs représentant des tissus divers : cartilages, tissus myxomateux, fibreux, élastique et glandulaire, et même osseux dans un cas. Même Goodhart, remarquant la faible proportion de tissu glandulaire contenu dans ces tumeurs, voulait chercher leur point de départ en dehors des glandes salivaires. Ce fut Butlin qui combattit cette idée, faisant remarquer que dans ces cas comme dans les cas de tumeurs des autres glandes (parotides, mamelles, etc.), à mesure que le tissu conjonctif se développe, les éléments glandulaires disparaissent de

plus en plus, ce qui explique comment des noyaux de récidence de tumeurs du sein ont pu ne contenir aucune trace de tissu glandulaire.

Dans le *British med. Journal* du 29 mai 1880, Humphry publie une observation de tumeur de la lèvre supérieure contenant du cartilage et dont les éléments avaient subi une série de transformations comme celles qu'on rencontre dans certaines tumeurs de la parotidè et de la mamelle.

Citons encore A. R. Robinson qui, dans *Bartholomew's Hospital Report*, relate un fait analogue. Il s'agit d'une tumeur de la lèvre supérieure contenant des tissus embryonnaires glandulaires et conjonctifs, ainsi que quelques ilots cartilagineux.

A New-York, Hodenpyl (*Proc. N.-York Path. soc.* 1891) publie un cas de « Chondromyxo-sarcoma de la lèvre ».

Il ne nous reste plus maintenant à citer que deux travaux français émanant de l'école de Nantes, la thèse de Voyer, en 1889 (*Recherches sur les tumeurs des glandules salivaires de la muqueuse buccale*), et le travail du Dr De Larabrie, professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes, travail publié en 1890, dans les *Archives générales de médecine*.

On peut dire que ces deux ouvrages mettent absolument au point cette question, en admettant définitivement les conclusions de la thèse de Pérochaud, publiée cinq ans auparavant.

1° Ce sont des épithéliomes d'une variété spéciale :

α.) à cause de leur trame variable ;

β.) par la tendance qu'a cette trame à étouffer l'élément épithélial, cause évidente de la bénignité de ces tumeurs ;

γ.) par la tendance qu'ont les éléments constitutifs : épithé-

lium et trame à subir la dégénérescence muqueuse, ce qui explique la présence des kystes si fréquents dans ces tumeurs ;

2° L'adénome pur n'existe probablement pas ou est exceptionnel.

Nous ne donnons pas les autres conclusions qui sont les mêmes que celles que nous avons citées en parlant de la thèse de Pérochaud.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'une façon générale les tumeurs mixtes qui nous occupent sont des tumeurs de petit volume, encapsulées, formées de deux éléments principaux réunis, suivant la place où on fait la coupe et suivant l'âge de la tumeur, dans des proportions variables.

- 1° Tissu épithélial ;
- 2° Tissu connectif sous toutes ses formes.

Étude macroscopique

Volume. — Est absolument variable. Ordinairement petit. Ces tumeurs ne dépassent guère les dimensions d'une noisette ou d'une amande. Cependant dans certains cas (Observ. VI, Mason), le volume était plus considérable, la tumeur ayant acquis les dimensions d'une petite orange.

Forme. — Ordinairement la tumeur est nettement arrondie, quelquefois ovoïde. Sa surface souvent absolument unie est quelquefois soulevée par de légères saillies arrondies qui lui donnent un aspect lobulé.

Ces tumeurs sont entourées d'une capsule fibreuse qui peut être très épaisse et qui en fait (point important) des tumeurs absolument isolables sans adhérences avec les tissus avoisinants.

Consistance. — Très dure, fibreuse, donne la sensation d'une bille qui roule entre les doigts, on a bien noté la fluctuation au niveau des kystes, mais ceux-ci, s'ils ne sont pas rares, sont si petits, qu'il faut considérer la fluctuation comme une véritable exception.

Coupe. — Notons d'abord que le bistouri éprouve une certaine résistance à sectionner la tumeur, surtout en certains points, particulièrement là où se trouvent des noyaux cartilagineux et des aiguilles du tissu osseux.

La coupe une fois faite, on constate que toute sa surface n'a pas un aspect homogène, ce qui résulte de la grande diversité des éléments qui constituent la tumeur.

D'une façon générale, il est des points relativement mous, d'autres très durs; ces derniers ont un aspect brillant et nacré et sont formés par du tissu fibreux et cartilagineux. Quant aux parties molles divisées en lobules par des travées conjonctives, elles ressemblent à une pulpe friable de couleur grise, jaunâtre ou bien encore sont transparentes comme du myxome.

Enfin, on trouve des kystes disséminés un peu partout, quelquefois assez volumineux, d'autres fois plus petits et quelquefois accolés les uns aux autres.

Étude microscopique.

Nous allons étudier successivement les deux grandes variétés de tissu qui constituent ces tumeurs, tissu épithélial, tissu connectif.

A. — MASSES ÉPITHÉLIALES

Les masses épithéliales se rencontrent dans toutes les tumeurs mixtes mais avec des formes et des proportions variées. Dans une période, en effet, elles sont en moindre abondance. Dans d'autres tumeurs plus développées, au contraire, elles forment la majeure partie du néoplasme.

Toujours est-il que les masses épithéliales peuvent se présenter sous deux aspects fort différents. Dans un cas, et c'est le cas le moins fréquent, elles sont régulières, rappelant d'une façon presque complète la structure normale de la glande. Dans le second cas, et c'est presque toujours ainsi qu'on les observe, elles sont irrégulières et on ne saurait dans leur disposition rien trouver qui rappelle les culs-de-sac glandulaires aux dépens desquels elle se sont développées.

Ces dernières forment des boyaux continus ou sectionnés par les tissus environnants prenant ainsi l'aspect de chapelets. Parfois les cellules subissant la dégénérescence muqueuse et colloïde, on voit au milieu des boyaux épithéliaux des cavités remplies de substance muqueuse transparente ou de matière colloïde granuleuse. Dans certains points cette dégénérescence est si accentuée que l'on ne trouve plus à la place des amas cellulaires qu'un cercle plus ou moins complet de cellules, cercle au sein duquel la substance muqueuse a pénétré pour y remplacer les cellules disparues.

Dans d'autres cas, au contraire, ce n'est plus l'aspect épithéliomateux que nous observons, mais l'aspect d'adénome. On voit alors des culs-de-sac glandulaires, tapissés d'épithélium cylindrique, rappelant ainsi la disposition nor-

male de l'épithélium des glandes salivaires qui a parfois, il est vrai, subi plus ou moins la dégénérescence muqueuse. Ces cellules sont pour la plupart polyédriques, présentant un noyau volumineux avec un ou deux nucléoles. Le protoplasma est granuleux, on y observe quelques granulations très réfringentes qui ressemblent à de la graisse et aussi quelques grains pygmentaires peu abondants d'ailleurs.

Le tissu conjonctif enveloppe et comprime ces amas cellulaires et alors les cellules s'amincissent, deviennent irrégulières et finissent par se confondre avec les cellules de la trame. Ou bien ces cellules subissent la dégénérescence muqueuse, s'agrandissent démesurément, deviennent, grâce à la transformation de leur protoplasme en mucine, complètement transparentes, puis le noyau est rejeté à la périphérie, le contour des cellules s'efface et elles disparaissent.

De place en place des cavités glandulaires sont dilatées et prennent l'aspect de petits kystes caniculaires remplis par un coagulum jaunâtre homogène d'aspect vitreux. On peut même trouver dans ces culs-de-sac de petits corps verdâtres opaques présentant des stries radiées (Obs. VII) et qui ne sont que des calculs salivaires.

Ces petites cavités kystiques peuvent être isolées les unes des autres, mais aussi elles peuvent se toucher ; on a ainsi une agglomération de kystes qui donne à la coupe un aspect aréolaire.

B. — TRAME

Le tissu conjonctif, qui forme la trame des tumeurs, a pour caractère d'être formé par la réunion, en proportions

variables, de toutes les variétés de tissus de la série connective, c'est-à-dire des tissus fibreux, myxomateux, élastiques, cartilagineux, osseux enfin.

Ces tissus peuvent être tous réunis, mais le plus souvent on n'en trouve réunies qu'une ou deux variétés.

Tissu fibreux, élastique et cartilagineux, Obs. III.

Tissu fibreux et cartilagineux, Obs. II.

Tous les tissus enfin, sauf le tissu myxomateux, dans l'Observation VII.

Dans certains points, le tissu qui entoure les masses épithéliales est constitué par des cellules fusiformes et par noyaux disposés côte à côte; la trame prend donc tous les caractères du sarcome fasciculé (Obs. VII).

Dans les cas où le tissu fibreux est plus développé, il est formé de fibres délicates ou, au contraire, de larges fibres très serrées affectant la forme lamelleuse.

Le tissu fibreux forme ordinairement entre les travées épithéliales des cloisons très épaisses.

Le myxôme se rencontre dans une de nos observations (Obs. I), et fait complètement défaut dans les autres.

Le tissu cartilagineux est d'une importance particulière. On le rencontre presque toujours et souvent en proportions considérables. On le rencontre à tous les états de son développement et sous ses deux formes anatomiques : cartilage hyalin et cartilage réticulé. A l'état primitif de son développement, il a tous les caractères du cartilage qu'on rencontre dans la tête des céphalopodes.

Nous n'insisterons pas sur les caractères du tissu cartilagineux, qui est le même là que partout ailleurs, c'est-à-dire formé d'un stroma hyalin ou traversé de fibrilles élastiques avec des capsules renfermant de grosses cellules arrondies ou ovalaires.

Tissus osseux. — Ce tissu a été rencontré dans la parotide et Pérochaud en publie des observations dans sa thèse, mais dans les glandes labiales on n'en connaît que deux cas, un de James Paget (Lectures delivered at the Royal college of surgeon, London, 1851), l'autre de Goodhart (Lancet, 21 octobre 1876, p 574, Path. Society of London). Dans l'observation VII que nous publions ce tissu osseux est abondant et extrêmement net. Les caractères sont d'ailleurs ceux du tissu osseux sans qu'il y ait rien de particulier à signaler.

Situation respective des divers éléments de la Tumeur. — Là où le tissu adénomateux ou épithélial domine, les éléments sont ordinairement séparés par du tissu sarcomateux. Ailleurs là où on ne trouve presque plus de tissu épithélial, c'est le fibrome dur qui domine enserrant ce qui reste du tissu épithélial.

Quand il existe du cartilage il n'y a pour ainsi dire pas d'épithélium qui se trouve au milieu du tissu fibreux voisin. Le cartilage, lui, est ordinairement accolé à la capsule fibreuse de la tumeur. S'il existe de l'os, il est rarement entouré de tissus mous, presque continuellement il domine là où se trouve le cartilage auquel il est intimement uni.

Développement. — Une question fort difficile à résoudre à propos de ces tumeurs est leur développement, leur point de départ : Sont-elles épithéliales au début ? L'épithélium au contraire ne vient-il que plus tard, une fois la trame complètement formée.

Cette question avait déjà été soulevée en Angleterre en 1876. L'opinion de James Paget, qui nommait ces tumeurs labio-glandulaires, était combattue par Goodhart, qui faisait remarquer que ces tumeurs contenaient à peine quelques

traces de tissu glanduleux tandis qu'au contraire la trame avait une énorme prédominance.

Butlin, au contraire, trouvait que ce défaut de proportions ne prouvait pas du tout que le point de départ fût dans le tissu conjonctif, et il se basait pour appuyer son opinion sur les tumeurs semblables de la parotide et de la mamelle dans lesquels le tissu glandulaire ou épithélial peut disparaître à tel point qu'un noyau de récidive peut ne plus contenir une seule trace d'épithélium.

Somme toute, si nous suivons l'évolution de l'épithélium dans ces tumeurs, nous voyons que, sur une même tumeur, on peut le rencontrer dans les divers degrés de son développement : Adénome d'abord, puis épithéliome ; que, alors même que l'épithélium devient comprimé dans la gangue qui l'entoure, il se diffuse et tel l'épithélioma envahit cette gangue en le pénétrant.

Somme toute, dans les tumeurs qui nous occupent, la trame varie, la partie épithéliale marche toujours suivant la même progression. C'est donc elle qui semble être le point de départ de même qu'elle est l'agent de malignité de la tumeur.

Nous ne nous attarderons pas à faire un chapitre de diagnostic anatomique ; la *multiplicité* des tissus qui forment la trame de nos tumeurs suffisant grandement à les faire reconnaître.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Comme pour toutes les tumeurs de ce genre, on est peu fixé sur leur étiologie. Nous allons cependant tâcher d'après les renseignements que nous pourrions retirer de nos observations, et d'autre part aussi, en nous aidant de l'étiologie générale des tumeurs mixtes, de l'établir autant que cela sera possible.

Tout d'abord la notion d'hérédité nous échappe, toujours nos malades ont été seuls atteints de cette affection ; nous resterons donc absolument dans le vague sur ce sujet.

Relativement au sexe, nous voyons que sur les 7 observations que nous publions, cinq fois ce furent des femmes qui furent atteintes, et que deux fois seulement ces tumeurs furent trouvées chez l'homme. Or, bien qu'en faisant une statistique générale des tumeurs mixtes de toutes les glandes salivaires, on puisse voir que les deux sexes semblent frappés à peu près d'une façon égale, nous admettrons cependant que dans le cas particulier qui nous occupe, les femmes sont plus souvent atteintes.

L'âge varie dans des limites assez étendues, environ entre 25 ans et 55 ans. Mais il semble que le maximum de fréquence soit plutôt vers l'âge adulte, entre 25 et 30 ans, que dans le début de la vieillesse. En effet, la malade la plus vieille dont nous avons l'observation

(obs. I), malade qui était âgée de 55 ans lorsqu'elle fut opérée, portait déjà sa tumeur depuis longtemps, elle la connaissait depuis déjà une dizaine d'années ; il est donc probable que son début, qui, on le sait, est presque toujours inaperçu, remontait encore plus loin.

Dans les autres cas, les malades âgés de 30 ans environ, connaissent leur tumeur depuis 3 ans dans l'observ. II, un an dans l'observ. III, 3 ans encore dans l'obs. VI. Nous voyons donc que le début réel doit être vers 20 à 25 ans, — ce qui d'ailleurs rentre tout à fait dans l'étiologie des tumeurs mixtes similaires de la parotide.

Existe-t-il une cause déterminante ? voilà une question bien embarrassante à résoudre. Jamais une cause quelconque n'a été invoquée, même par les malades qui, on le sait, trouvent toujours dans leur imagination, toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur, une explication quelconque, coup, blessure, etc. Cependant, De Larabrie (*Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Arch. gén. de Médecine*, 1890, T. II, p. 39) cite un seul fait où dans un cas de tumeur mixte de glandules de la joue, la présence d'une chique que le malade gardait toujours du même côté, ait pu être regardé comme cause déterminante. Le néoplasme avait débuté dans le sillon gingival.

En résumé, nous admettrons que la cause déterminante pour ces tumeurs comme d'ailleurs pour presque toutes, est absolument inconnue.

La Pathogénie de ces tumeurs est aussi une chose bien difficile et on ne saurait poser des conclusions fermes.

Rappelons que deux opinions sont en présence : 1° les tumeurs sont congénitales, elles sont assimilables aux

tératomes, aux kystes dermoïdes, elles suivent la loi de Conheim, d'après laquelle toute tumeur est due au développement d'un tissu anormalement situé par suite d'un enclavement pendant la période embryonnaire. C'est absolument l'avis de Verneuil, qui, en 1852, émet cette théorie qu'il a tenté dans la suite de généraliser. Monod et Arthaud (1), dans ces dernières années, en assimilant aux tératomes les tumeurs mixtes, et se basant pour cela sur la diversité des tissus conjonctif et épithélial que renferment ces dernières tumeurs, admettent aussi la théorie de Conheim. Ce serait donc à un enclavement de tissus appartenant aux feuillets internes et moyens que seraient dues les tumeurs qui nous occupent.

Bard (1) avec sa théorie de la cellule nodale se rapproche, bien qu'il s'en défende, de la théorie de Conheim. Comme lui il suppose au sein d'un organe la persistance d'éléments embryonnaires. Les éléments embryonnaires sont des cellules qui, chez l'embryon, se multiplient, se dédoublent pour donner naissance aux divers types de tissus qu'elles renfermaient en germe. Ce sont ces cellules complexes que Bard appelle cellules nodales. Les tumeurs mixtes à tissus multiples nées pendant la période embryonnaire descendraient de ces cellules nodales et, suivant que leur origine remonte à une époque plus ou moins rapprochée de la formation primitive des feuillets blastodermiques, leurs cellules nodales moins dédoublées donneront naissance à des tissus de plus en plus complexes; somme toute ces différents auteurs sont les défenseurs de la théorie : origine congénitale.

(1) Considérations sur la classification des tumeurs du testicule. *Revue de Chirurgie*, 1887, t. VII, p. 163.

(1) Bard. (Lyon Médical 1888) et Th. Trevoux (Des tumeurs à tissus multiples, Th. de Lyon 1888).

2° Les tumeurs sont acquises et se développent par la modification des tissus.

Aujourd'hui on penche vers la congénitalité, mais ce n'est, comme les autres théories d'ailleurs, qu'une hypothèse.

On conçoit qu'entre ces deux théories soutenues par des auteurs d'une compétence spéciale, nous gardions une sage et modeste réserve. Cependant, en examinant le siège si spécial des tumeurs qui nous occupent, peut-être trouverons-nous des arguments en faveur de l'une ou l'autre théorie.

Dans les sept observations que nous avons pu réunir, ainsi d'ailleurs que dans les autres faits dont nous n'avons pu nous procurer le détail, la tumeur siège *toujours* à la lèvre supérieure et sur les parties latérales de cette lèvre. Or, ce fait a son importance au point de vue pathogénique. On sait en effet que les vices de conformation des lèvres ont pour siège pour ainsi dire constant la lèvre supérieure. Ce siège est lié au développement même de ces voiles membraneux. C'est ainsi que le bec-de-lièvre se développe à la lèvre supérieure par défaut de réunion des bourgeons latéraux avec le bourgeon médian ; quant au bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, il est exceptionnel, ce qui est en rapport avec la réunion beaucoup plus précoce des portions embryonnaires aux dépens desquelles elle se forme.

Il semble donc que nous pouvons admettre qu'en certains cas il se fasse une inclusion de tissus épithéliaux au niveau du point de réunion des bourgeons latéraux et médian de l'embryon, inclusion cellulaire qui serait le point de départ des tumeurs mixtes qu'on rencontre à ce niveau.

SYMPTOMATOLOGIE

Les observations de tumeurs mixtes labiales que nous possédons ne nous permettent guère d'assister qu'à une période de l'évolution de ces néoplasmes, à la première période, période de bénignité, pendant laquelle la tumeur évolue lentement sans engorgements ganglionnaires et sans généralisation. Mais par analogie d'une part avec les tumeurs mixtes des autres glandes salivaires buccales, d'autre part, avec les mêmes tumeurs des grosses glandes salivaires, il nous est permis de suivre, plus loin que nous n'avons jusqu'alors pu l'observer, l'évolution de ces tumeurs. Nous leur considérerons donc deux périodes, l'une de bénignité, l'autre au contraire pendant laquelle le néoplasme qui sommeillait se réveille et devient tumeur maligne avec toutes ses conséquences.

Début. — Le début passe presque toujours inaperçu, la tumeur est si petite, si indolente que celui qui le porte ne prête aucune attention au petit noyau qui s'est développé sous la muqueuse de sa lèvre. Ce n'est qu'au bout d'un temps parfois long, dix ans, comme dans une des observations que nous publions, trois ans, un an comme dans d'autres observations, que la tumeur a acquis un volume appréciable, celui d'une noisette, d'une noix, est devenue gênante par son volume et par sa situation et que bien qu'il n'en souffre pas autrement, le malade vient trouver le chirurgien pour qu'il l'en débarrasse.

Siège. — Il n'existe pas de cas où ces tumeurs ont siège à la lèvre inférieure. Toujours la lèvre supérieure a été atteinte. Mais à quel endroit de la lèvre se trouve le néoplasme ? Est-ce vers le rebord cutané comme cela se produit pour le cancroïde des lèvres ? Nullement. Leur siège est sous-muqueux et sous la muqueuse qui est dans le vestibule de la bouche, c'est-à-dire sur la face postérieure de la lèvre, tout près, il est vrai du bord muqueux entourant l'orifice buccal. C'est pourquoi la tumeur est toujours cachée quand le malade ferme la bouche. Il faut qu'elle ait acquis un certain volume pour être apparente, mais seulement en repoussant la lèvre en avant, en lui faisant faire une saillie arrondie analogue à celle qu'on peut produire artificiellement en introduisant un corps arrondi, une amande par exemple, entre l'arcade dentaire et la lèvre et en faisant fermer la bouche.

Les tumeurs sont toujours latérales au début, plus près de la commissure labiale que de la sous-cloison du nez. Ce n'est que par suite de leur développement qu'elles peuvent arriver à la ligne médiane et même dans certains cas la dépasser légèrement.

Profondément il est rare que la tumeur s'étende jusqu'au repli muqueux gingivo-labial, au contraire elle s'avance plus vers l'orifice buccal, mais elle ne peut glisser jusqu'au revêtement cutané de la lèvre, car à cet endroit l'adhérence de la muqueuse à l'orbiculaire des lèvres l'arrête de telle sorte que quel que soit son développement la tumeur est toujours intrabuccale.

Volume. — Rien n'est variable comme le volume des tumeurs des glandes labiales. D'une façon générale on peut dire qu'elles n'atteignent jamais un grand développement. Parfois de la grosseur d'une lentille, elles peuvent atteindre

le volume d'une noisette, d'une amande, d'une petite orange même, comme nous le voyons dans l'observat. VI.

Elles sont sphériques au début, mais plus tard il arrive presque toujours qu'un diamètre l'emporte sur l'autre et dans ce cas c'est toujours le diamètre transversal qui est le plus grand.

Régulières ordinairement quant à leur surface, c'est-à-dire semblant formées par l'hypertrophie d'une seule glandule salivaire, il arrive un jour où la surface peut devenir bosselée, irrégulière, la tumeur semblant alors formée de plusieurs nodules qui se sont soudés. D'autres fois c'est une simple saillie sphérique qui siège sur une tumeur régulièrement unie. D'autre part, nous avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique qu'il peut exister des kystes qui expliquent cette disposition.

Consistance. — Toujours très dure, ce qui les fait prendre pour des fibromes; par exception on peut trouver des points presque fluctuants, c'est alors au niveau d'un kyste; mais c'est un fait rare, difficile en tous les cas à percevoir à cause de la petitesse et quelquefois de la situation profonde de ces kystes et il ne faut guère compter sur ce symptôme pour faire son diagnostic.

Rapports de la tumeur avec la muqueuse labiale et avec la couche profonde. — Les tumeurs qui nous occupent sont les tumeurs sous-muqueuses comprises dans le tissu cellulaire sous-muqueux entre la muqueuse elle-même et la couche musculuse de la lèvre, par conséquent dans le voisinage des artères et veines coronaires labiales. Elles sont comme ces vaisseaux mobiles dans le tissu qui les

englobe, c'est-à-dire qu'en tendant la lèvre on peut, la tumeur étant prise entre le pouce et l'index, lui imprimer des mouvements divers sur la couche musculeuse avec laquelle elle ne présente pas d'adhérence.

Nous pouvons constater de même du côté de la muqueuse, cette indépendance absolue avec la tumeur.

Muqueuse. — Elle est ordinairement saine et ne présente que cette particularité, c'est qu'elle est plus tendue au niveau de la tumeur que sur les parties voisines, ce qui lui donne un aspect plus lisse, plus vernissé et une apparence blanchâtre, comme nacrée. Mais, vient-on à la plisser, elle reprend tous ses caractères normaux.

Rarement elle est ulcérée, et si par hasard ce cas se produit, cela est dû au frottement contre une dent quelquefois inégale ou encore à ce que la tumeur, faisant saillie du côté du rebord alvéolaire, est mordue pendant la mastication. Mais jamais jusqu'alors on n'a vu la tumeur ulcérer la muqueuse et cela pour cette raison que la tumeur est bien limitée, restant toujours sans prendre d'adhérences avec les tissus voisins comme cela arrive quand il s'agit d'une tumeur maligne.

Cependant, par suite d'ulcérations de la muqueuse, on peut voir exceptionnellement une adhérence entre elle et la tumeur, ce qui pourrait gêner pour le diagnostic si l'on n'interrogeait soigneusement le malade sur l'apparence antérieure de la tumeur et la production de l'ulcération.

Symptômes fonctionnels. — Nous ne les signalons que pour en indiquer l'absence. Jamais la tumeur n'est dou-

loureuse, tout au plus est-elle une gêne mécanique par sa situation.

L'état général reste nécessairement bon.

Ganglions. — Jusqu'alors dans les observations que nous possédons nous n'avons pas trouvé d'engorgement ganglionnaire ; mais, si nous nous rappelons que les tumeurs mixtes de toutes les glandes salivaires sont de même nature, nous pouvons donc admettre qu'il arrivera un moment où, comme à la parotide, il y aura un retentissement ganglionnaire. D'ailleurs il existe un fait de ce genre dans un cas de tumeurs des glandes de la joue, qui, on le sait, ressemblent sous tous les rapports aux glandes labiales. L'observation dans laquelle ce fait est rapporté est publiée par le Dr De Larabrie (Archives générales de Médecine, T. II, page 39, Obs. XV. Tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale) et rapportée dans la thèse de Voyer sur le même sujet. Il s'agissait là d'une tumeur mixte de la joue accompagnée cinq ans après son début d'une adénopathie sous-maxillaire considérable et formée par plusieurs ganglions qui, fait à remarquer, étaient restés mobiles dans les tissus et absolument indépendants les uns des autres. Le malade fut opéré et l'examen des ganglions y montra les mêmes éléments que ceux de la tumeur initiale.

Donc les ganglions peuvent être atteints, mais cela ordinairement au bout d'un temps assez long, quand la tumeur a acquis un certain volume, alors que l'élément malin, c'est à dire épithélial, devient prédominant et que la tumeur, de parfaitement circonscrite, commence à devenir diffuse.

A propos des engorgements ganglionnaires, il nous faut encore en signaler une deuxième variété, ce sont les engorgements ganglionnaires inflammatoires.

Si, en effet, les ganglions que nous avons décrits sont spécifiques, c'est-à-dire sont de véritables tumeurs ganglionnaires, les ganglions inflammatoires dont nous venons de parler n'ont eux rien de spécifique et n'entraînent pas la même gravité de pronostic que les autres.

Nous avons vu que la muqueuse peut s'ulcérer : Ulcération, porte d'infection, d'où adénopathie analogue à celles que l'on rencontre dans les angines, dans toutes les ulcérations buccales et qui disparaît avec la cause.

Nous signalons ce fait, pour qu'en en étant prévenu, on évite une erreur, et cela est important, car, tandis qu'un engorgement ganglionnaire spécifique impose une intervention immédiate, une adénopathie inflammatoire au contraire commande d'attendre jusqu'à sa guérison, c'est-à-dire jusqu'à la guérison de l'ulcération infectée qui serait un obstacle à la réunion par première intention.

MARCHE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC

L'évolution des tumeurs mixtes des glandes labiales présente deux périodes. La première, très longue, pendant laquelle la tumeur est bénigne et qui ne présente que les symptômes que nous venons de passer en revue. Elle peut se prolonger fort longtemps, jusqu'à dix ans et plus, puis un jour, sous une influence quelconque, quelquefois sans cause appréciable, et c'est le cas le plus fréquent, quelquefois par suite d'un choc, d'une irritation locale continue, d'une ponction faite dans la tumeur, le néoplasme se réveille, son volume s'accroît plus rapidement, c'est la deuxième période, période de malignité qui commence. On peut voir apparaître l'engorgement ganglionnaire comme dans le cas que nous avons cité au chapitre précédent.

Que peut-il alors se produire? Il est vrai que nous semblons entrer ici dans le domaine de l'hypothèse, mais depuis les travaux récents sur les tumeurs mixtes de la parotide, nous connaissons bien la marche de ces tumeurs et cette marche est évidemment celle que prendraient les tumeurs que nous étudions, si elles n'étaient heureusement opérées à temps. Nous devons donc, et pour le pronostic, et pour poser les indications thérapeutiques, savoir ce qui pourrait advenir.

1° *Engorgement ganglionnaire.* — Il peut se produire,

mais il semble un fait rare. En tous les cas, d'après l'exemple que nous avons cité, le ganglion malade est de même nature que la tumeur, et son évolution, quoique rapide, est relativement bénigne, car il reste isolé sans adhérences aux tissus voisins et son extirpation peut être faite d'une façon radicale.

2° *Ulcération, ramollissement de la tumeur.* — La tumeur augmentant de volume peut, par suite de la compression qu'elle exerce au niveau de la muqueuse, amener son ulcération, qui peut coïncider avec le ramollissement du néoplasme dans lequel le tissu épithélial prend le dessus, tandis que la trame fibreuse, cartilagineuse, etc. devient secondaire. La tumeur est alors maligne avec ses conséquences.

C'est à cause de cette évolution que l'on voit ces néoplasmes décrits sous les noms d'enchondromes, d'adénofibromes et de sarcomes myxo et cysto-sarcomes suivant que le chirurgien les a observés à leur première ou à leur seconde période.

Il nous reste à savoir ce qui peut advenir après une intervention ? Une récurrence ? Cela peut être, mais surtout quand la tumeur a été opérée tard et alors le néoplasme récidivant peut se produire sur la cicatrice avec le type primitif ou sous la forme de tumeur maligne, d'épithéliome.

Il faut toujours penser à une généralisation possible, quoi que ce soit exceptionnel. Il n'existe en effet qu'un cas de généralisation de ces tumeurs mixtes, cas de Chiari, qui a vu des métastases pulmonaires dans un adéno-myxome. Il s'agit donc ici d'une rareté, mais un fait qui s'est produit une fois peut se reproduire ; on doit donc y penser.

Comme on le voit, un pronostic est assez difficile à faire. Il est évident que si nous ne sortons pas des observations que nous possédons, où nous ne voyons ni

complications ni récidives, le pronostic est des plus bénins. Mais si d'après la nature de la tumeur nous considérons l'avenir possible, il nous semble que les choses deviendront plus sérieuses et qu'il faudra faire des réserves.

Pérochaud (Th. de Paris, 1885, p. 99), dit : « Le pronostic varie suivant l'âge auquel est arrivé le néoplasme. Au début, si le malade est jeune, si la tumeur est de petit volume, si elle a marché lentement, le pronostic est très favorable, car on peut espérer que la tumeur ne récidivera pas après l'ablation ; mais si le néoplasme est arrivé à sa seconde période, s'il s'accroît rapidement, ce qui indique que les éléments épithéliaux un moment étouffés par la néoformation conjonctive, sont en pleine évolution et tendent à prendre le dessus, le pronostic est beaucoup plus grave, la récidive est à craindre ».

Voilà un pronostic sévère, juste surtout pour les tumeurs des grosses glandes salivaires. Pour les tumeurs qui nous occupent elles semblent rentrer dans la 1^{re} partie de son pronostic.

Comme lui donc, nous porterons un pronostic favorable, mais avec des réserves que la connaissance que nous avons des complications possibles ne peut nous faire oublier.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, après l'étude que nous venons de faire des tumeurs mixtes des glandes labiales, semble être d'une grande facilité et, en effet, avec les caractères que nous connaissons maintenant : siège à la lèvre supérieure, dureté, mobilité sur le muscle et sous la muqueuse saine, absence d'engorgement ganglionnaire, on pourrait croire qu'une erreur est chose presque impossible, sinon tout-à-fait impossible.

Mais il n'en est pas ainsi et s'il est vrai que, dans tous les cas où l'on hésite, on doit par prudence et aussi par suite de la fréquence relative des tumeurs mixtes par rapport à d'autres, incliner vers le diagnostic de tumeur mixte, il n'en est pas moins vrai qu'il existe d'autres variétés de tumeurs, soit tout-à-fait bénignes, soit, au contraire, à caractère essentiellement malin qui peuvent parfois rendre le diagnostic sinon cliniquement impossible, du moins fort ardu.

En tête de ces tumeurs, nous citerons les kystes des glandules salivaires anatomiquement comparables à la grenouillette. Ces tumeurs siègent presque toujours à la lèvre inférieure (nous savons que les tumeurs mixtes siègent, au contraire, toujours à la lèvre supérieure). Elles peuvent être isolées ou multiples et elles constituent de petites tumeurs arrondies et régulières, dont le volume

peut dans certains cas atteindre celui d'une noix. La muqueuse absolument tendue sur elles et aussi absolument indépendante et isolable, les laisse voir par transparence avec leur coloration bleuâtre. Ordinairement ces kystes ne sont pas transparents.

Nous avons dit que la muqueuse était mobile sur leur surface. Ils semblent, au contraire, contracter des rapports plus intimes avec la couche musculaire à laquelle ils sont souvent adhérents. Comme les grenouillettes, il arrive qu'ils se rompent, laissant écouler un liquide clair et légèrement visqueux, après quoi, toujours comme les grenouillettes, ils se reforment rapidement. Sans attendre pour affirmer le diagnostic, cette rupture spontanée, on peut la provoquer avec le bistouri ou encore ponctionner le kyste avec une aiguille de seringue de Pravaz, le liquide qui en sort lève immédiatement tous les doutes.

Immédiatement, à côté de ces kystes glandulaires séreux nous citerons les kystes à cysticerques dont Heller, Sydney Jones et Karewski (1) ont cité des cas, cela seulement afin qu'on sache leur existence, car la ponction seule peut les faire diagnostiquer.

Lipomes. — Ce sont des tumeurs relativement assez rares. C'est surtout chez la femme qu'on les rencontre, et comme les kystes salivaires, ils siègent le plus souvent à la lèvre inférieure. Sauf leur volume plus considérable, leur consistance plutôt un peu molle, leur délimitation moins nette, ils présentent somme toute des caractères assez semblables à ceux des tumeurs mixtes.

(1) Heller, d'après Canstatt's Jahresb, 1843, t. iv, p. 372.

S. Jones. Trans. of the path. Soc. of London, 1863, t. xiv, p. 279.

Karewski-Deutsche Med. Woch, 1887, p. 283.

Il en est de même de certains angiomes dans lesquels l'augmentation de la tumeur dans l'effort, la réductibilité (quelquefois peu nette il est vrai, si la tumeur contient beaucoup de graisse), souvent aussi la diffusion, le manque de limite exacte de la tumeur, feront faire le diagnostic. A cela, si nous ajoutons la notion de congénitalité, nous verrons qu'ils se différencient facilement des tumeurs mixtes que nous ne connaissons guère avant 25 ans.

Jusqu'alors les difficultés ne sont pas grandes, mais là où elles apparaissent, c'est lorsqu'il s'agit d'autres variétés de tumeurs sur lesquelles nous allons insister, car, bien qu'il en existe des observations, elles sont presque toutes relativement anciennes, et on se demande aujourd'hui si ces fibromes purs, ces chondromes, etc., ne sont pas des tumeurs mixtes dans lesquelles on n'a reconnu que l'élément prédominant sans chercher s'il n'était pas allié à d'autres éléments, car dans lesquels ces prétendues tumeurs fibreuses, etc., n'auraient été que des tumeurs mixtes analogues à celles qui nous occupent. Or, c'est aujourd'hui cette opinion qui semble admise.

Ces tumeurs peuvent avoir leur point de départ dans deux tissus; tissu conjonctif, ce sont les tumeurs bénignes; tissu épithélial, ces dernières représentant les tumeurs malignes.

Dans la première classe on range les fibromes, les sarcomes, les chondromes, les adénomes, les myxomes.

Les *fibromes* semblent être absolument rares, s'ils existent, comme semblent le prouver les cas de Settegast et de Goodhart, qui ont été vérifiés anatomiquement. Dans tous les autres cas où on a fait le diagnostic de fibrome il s'agissait, comme dans le cas de Duplay, de chondrome,

c'est-à-dire probablement de tumeurs mixtes. Inutile presque de dire que l'examen clinique est impuissant, qu'il s'agisse de fibromes ou de chondromes, lesquels présentent peut-être une dureté exceptionnelle; donc mêmes indications après quoi l'examen microscopique fera faire le diagnostic et par suite le pronostic.

Nous dirons la même chose des myxomes purs. Il n'en existe qu'une seule observation de Frerichs (1845) qui peut être entachée d'erreur au même titre que tant d'examens histologiques faits à cette époque.

Les sarcomes sont rares. Settegast a rapporté un cas de sarcome ordinaire, E. Vidal un cas de sarcome mélanique. La distinction d'avec les tumeurs mixtes est encore assez difficile dans ce cas, cependant le sarcome a une marche plus rapide, il envahit les tissus voisins et le sarcome mélanique envahirait volontiers la gencive. Ce dernier caractère peut être avec la consistance beaucoup moindre un bon élément de diagnostic.

Les adénomes, simple hypertrophie des glandules labiales, quelquefois indurés et accolés ensemble par du tissu fibreux, sont ordinairement petits et indolents. Ils sont multiples et soulèvent la muqueuse en petites saillies granuleuses. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes sans tendances à l'accroissement et dont le diagnostic est si facile qu'on ne peut guère s'y tromper.

Nous terminerons cette étude du diagnostic, en signalant, seulement pour ne pas les oublier, les épithélioma des lèvres toujours diffus, rapidement ulcérés et s'accompagnant presque dès le début d'engorgements ganglionnaires, ce qui suffit largement à les faire reconnaître.

Enfin, Chaintre (Lyon Méd., 24 juin 1888) a publié une observation d'épithélioma tubulé, développé dans une

glande sébacée de la peau de la lèvre supérieure et faisant saillie du côté de la muqueuse. Cet épithélioma fut pris pour une tumeur mixte.

Voilà évidemment un cas très rare et aussi présentant quelques difficultés. Cependant l'adhérence intime à la peau aurait peut-être pu si elle eût été reconnue, faire éviter une semblable erreur.

En résumé, quoique facile en apparence, le diagnostic exact des tumeurs des glandes labiales présente des difficultés parfois insurmontables cliniquement. Il faudra donc toujours, dans le doute, envisager l'hypothèse la plus défavorable, c'est à dire diagnostiquer la tumeur mixte et agir en conséquence.

TRAITEMENT

Après ce que nous venons de voir, il est évident que l'unique traitement des tumeurs de la lèvre est l'ablation. Mais à quel moment doit-on agir ? Peut-on attendre ou faut-il intervenir de suite ? telles sont les seules questions à résoudre.

Attendre, évidemment on le peut, nous savons que la plupart des tumeurs dont nous possédons les observations furent opérées longtemps avant leur début, un an, cinq ans, dix ans même ; mais si du moins dans le temps où les malades purent être observés après l'opération elles ne récidivèrent pas, nous possédons aussi des cas de tumeurs similaires qui, au bout de cinq ans, s'accompagnaient d'un engorgement ganglionnaire.

La plus grande prudence nous engage donc à agir et à agir le plus vite possible, d'autant plus, hâtons-nous de le dire, que l'opération est si simple, si bénigne qu'elle ne permet aucune hésitation.

L'anesthésie chloroformique est, en effet, absolument inutile ; le chlorure d'éthyle, la vaporisation d'éther, une injection d'une solution de cocaïne sont des moyens absolument suffisants pour supprimer toute douleur.

Une simple incision longitudinale de la muqueuse sur la partie médiane de la tumeur, en faisant tendre par un aide la lèvre et comprimer de chaque côté les coronaires

labiales pour éviter toute hémorrhagie, puis l'énucléation rapide et facile au bistouri ou à la curette ; un ou deux points de suture à la soie ou au catgut ; voilà en deux mots l'intervention dont il s'agit. On la fera suivre de lavages boriqués fréquents et, au bout de peu de jours, une réunion par première intention se produira et affirmera la guérison.

Il suffira de suivre le malade dans la suite, d'être à l'affût d'une nouvelle attaque offensive pour la combattre avec succès si elle se produisait.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée dans la thèse de Augusté Voyer, sous le titre :

HEURTAUX. — *Épithéliome, type adénome à trame muqueuse de la lèvre supérieure. Examen microscopique, par M. de Larabrie et par nous.*

Cette tumeur a été enlevée par M. Heurtaux, à la lèvre supérieure d'une femme de 55 ans. Depuis dix ans cette tumeur, dont le développement avait été très lent, indolore, était arrivée à prendre le volume d'une grosse noisette, lors de l'opération. Elle proéminait surtout du côté de la surface muqueuse de la lèvre. L'extirpation en fut très facile; la tumeur était parfaitement encapsulée et séparée des parties molles ambiantes, par un tissu cellulaire qu'on put aisément disséquer.

A l'examen à l'œil nu, on voit que la consistance du néoplasme est assez molle, et que son tissu se laisse facilement inciser, laissant voir une coupe d'une coloration gris-rosé.

A l'examen microscopique, on reconnaît immédiatement qu'il s'agit d'une tumeur dont le tissu a l'aspect glandulaire. Deux éléments bien distincts le constituent : des culs-de-sacs glandulaires, et entre ces derniers de la substance muqueuse. Notre examen a d'abord porté sur ce dernier élément, interposé aux culs-de-sac. Il forme, entre les acini glandulaires, des espaces parfois assez étendus, présentant presque partout un aspect légèrement grisâtre et translucide. On ne rencontre

au milieu de cette substance ni les petites cellules étoilées du myxome, ni celles du cartilage. Dans quelques points, très rares du reste, on voit que cette trame a un aspect fibro-muqueux. Enfin, sur d'autres points plus nombreux, la trame muqueuse ou fibro-muqueuse a complètement disparu, laissant dans ces points des espaces clairs, irréguliers, absolument vides.

Le second élément, l'élément glandulaire, est représenté par des culs-de-sac de forme et de volume très variables; leur nombre est considérable. A l'aide d'un fort grossissement, on voit que les cellules de ces glandes diffèrent comme forme du type normal, qui est pour les glandes muqueuses du tube digestif le type caliciforme. Ici elles sont franchement cylindriques, aspect qui rappelle la forme des glandes salivaires. Nous venons de dire que la forme du cul-de-sac est variable, certains d'entre eux semblent avoir subi l'influence envahissante de la substance muqueuse qui les entoure. C'est ainsi que, dans certains acini augmentés de volume, les cellules sont aplaties et comme étouffées. Dans certains points l'élément cellulaire de l'acinus a complètement disparu et il ne reste plus qu'un cercle plus ou moins arrondi circonscrivant un espace clair rempli de substance muqueuse.

Quant à la capsule de la tumeur, celle-ci est fournie par des couches successives et surajoutées de tissu conjonctif dense, très épais sur toute la périphérie de la tumeur.

En somme, il s'agit ici d'un épithéliome, type adénome à trame muqueuse. Deux particularités nous ont paru intéressantes dans cette tumeur. Et d'abord la forme particulière des cellules qui explique l'analogie de structure qu'on a établie entre les glandes de la bouche et les glandes salivaires. L'autre particularité, plus intéressante pour l'objet de notre étude, est la dégénérescence muqueuse de la trame. On sait que les tumeurs du type adénome présentent entre leurs culs-de-sac un tissu conjonctif embryonnaire. Ici, ce n'est plus le même aspect; il est possible qu'au début, la substance interacineuse de notre tumeur ait été constituée par un tissu conjonctif d'abord jeune, puis adulte, comme semble le prouver l'aspect fibro-muqueux qui existe encore sur quelques points. Mais

actuellement la transformation muqueuse est à peu près complète, et il y a même çà et là une ébauche d'envahissement des culs-de-sac glandulaires par cette dégénérescence muqueuse.

OBSERVATION II

Tirée de la thèse de Pérochaud (obs. XV)

Adéno-chondrome de la lèvre supérieure

Cette tumeur a été enlevée par M. le professeur Heurtaux, le 23 avril 1868, à un homme d'une trentaine d'années, qui la portait depuis trois ans. La tumeur, grosse comme une petite amande, se compose d'une coque fibreuse parfaitement limitée, et d'un contenu solide, qui, à la coupe, présente deux substances différentes : l'une bleuâtre, nacré, ayant l'aspect du cartilage hyalin et disséminée dans toute l'étendue du tissu pathologique, sous forme de très petits ilots ; l'autre grenue, grise-mate, présentant çà et là de petits trous, forme le reste du tissu.

En examinant des coupes colorées au picro-carmin, on trouve que la substance nacré est formée, tantôt par un tissu fibreux très dense, tantôt, dans les points où la trame est le plus développée, par du tissu cartilagineux. Ce tissu cartilagineux est du fibro-cartilage dans lequel la trame a encore conservé par places le pouvoir de se colorer par le carmin. On y voit de très nombreuses cellules cartilagineuses contenues dans des capsules parfaitement développées. La paroi de ces capsules atteint même une épaisseur relativement très considérable. Par endroits, le cartilage arrive à un état parfait de développement, et est alors tout à fait hyalin.

Les parties de la tumeur qui se présentaient sous la forme d'une masse grise et grenue et qui, comme nous l'avons dit, forment la plus grande partie du néoplasme, sont constituées par des amas de cellules épithéliales, médiocrement volumineuses et se rapprochant, pour la plupart, du type cylindrique. Ces cellules remplissent des cavités très nombreuses, tantôt si

rapprochées les unes des autres, qu'on a peine à distinguer leurs limites, tantôt séparées par une étendue plus ou moins considérable de la trame conjonctive, soit fibreuse, soit cartilagineuse. Quoique ces cellules n'aient pas conservé à proprement parler le type de l'épithélium salivaire, elles ne présentent en général, ni une aberration de forme ni un volume très considérable. La tumeur paraît extrêmement pauvre en vaisseaux.

Cette tendance de la trame à se transformer en cartilage établit une relation très intime entre ces tumeurs et les tumeurs de la parotide ; en raison de la forme assez régulière des cellules, il est difficile de décider si nous devons la considérer comme un épithéliome ou un adénome. Nous croyons que le nom d'adéno-chondrome serait plus convenable pour dénommer cette tumeur.

OBSERVATION III

Thèse de Pérochaud. P. 60

Adéno-chondrome de la lèvre supérieure

Voici encore une petite tumeur de la lèvre supérieure, enlevée à une paysanne d'une trentaine d'années, par M. le professeur Albert Malherbe. Cette tumeur mobile, indolente, faisait saillie sous la muqueuse de la lèvre supérieure et fut énucléée avec la plus grande facilité. La petite plaie guérit en quelques jours. La malade n'a pas été revue depuis.

La tumeur est oblongue, grosse comme une amande, légèrement bosselée. A la coupe, tissu blanchâtre, d'apparence sarcomateuse, avec de petits tractus fibreux.

L'*examen microscopique* montre que la tumeur est formée de deux tissus principaux : l'un, fortement coloré en rouge par le carmin, est composé de cellules épithéliales de petit volume, disposées soit en masses pleines analogues à celles de l'épithélium tubulé, soit en amas creusés à leur centre d'une cavité remplie de matière colloïde jaunâtre ; ces parties creuses ressemblent parfois tout à fait à des coupes de conduits excréteurs.

Les cellules épithéliales qui forment ces amas sont, pour la plupart, polyédriques; sur une préparation faite par dissociation, on voit que leur forme est excessivement variable, elles présentent constamment un noyau assez volumineux muni d'un ou deux nucléoles. A ce noyau est attachée une masse protoplasmique granuleuse très variable, soit comme forme, soit comme dimensions. Dans ce protoplasma, on observe quelques granulations très réfringentes semblant être de la graisse et quelques grains pigmentaires, fort peu abondants du reste.

La substance conjonctive qui sépare et soutient ces cellules se présente sous forme d'une substance jaunâtre parcourue en tous sens par des fibrilles élastiques et parsemée de nombreuses cellules étoilées. En examinant ce tissu au microscope, on peut se demander si l'on est en présence de tissu muqueux ou bien de fibro-cartilage. Il est assez difficile de se prononcer catégoriquement là-dessus; toutefois, dans certains points des préparations, on reconnaît parfaitement autour des cellules la présence d'une capsule, ce qui est caractéristique du cartilage. D'autre part, au milieu de certains amas épithéliaux, on rencontre une substance qui paraît être muqueuse, de sorte qu'il y aurait là un mélange de myxome et de chondrome pour former la trame, et un mélange d'adénome ou d'épithéliome pour former la partie épithéliale de la tumeur.

La trame du néoplasme contient un certain nombre de vaisseaux d'un volume médiocre et à parois minces. On y observe aussi quelques fentes qui sont peut-être de nature lymphatique.

En résumé, on pourrait appeler cette tumeur *épithélio-chondrome*, ou si l'on préfère tenir compte surtout des parties adénoïdes, *adéno-chondrome*. Quant au tissu myxomateux, il nous paraît être seulement un résultat de dégénérescence.

OBSERVATION IV

HUMPHRY. — *Tumeur glandulaire de la lèvre supérieure contenant du cartilage.*

(Brid. Med. J., 29 mai 1880. Tome I, page 816).

Rapportée dans de Larabrie, loc. cit.

Femme de 35 ans. Début de la tumeur non mentionné.

C'était un nodule très ferme, du volume d'une noisette, occupant la moitié droite de la lèvre supérieure.

La peau et la muqueuse de la lèvre étaient très mobiles sur elle.

Malgré cela, n'étant pas très sûr de sa bénignité, le Dr Humphry l'enleva par une incision en V occupant toute l'épaisseur de la lèvre. Un groupe de glandes labiales adhérait à sa face postérieure.

Une section à travers la tumeur fit voir quelques plaques de cartilage hyalin.

A l'examen microscopique on trouve : de nombreuses traces d'éléments glandulaires de la région, qui avaient subi une série de transformations complexes.

Les parties cartilagineuses présentaient par places absolument la structure du cartilage hyalin. Et l'auteur ajoute : La tumeur avait évidemment pris naissance aux dépens des glandes muqueuses de la lèvre supérieure et avait subi çà et là une transformation cartilagineuse qui était, sans aucun doute, de la même nature que celle qu'on rencontre dans les tumeurs de la mamelle. En somme tous ces caractères montraient que la tumeur n'était pas de nature maligne.

OBSERVATION V

A.-R. ROBINSON. — *Chondrome de la lèvre supérieure.*

St-Barth. hosp. rep. 1886, vol. 22, p. 343, en note.

Observation rapportée dans la Thèse de Voyer, qui ajoute au titre :
Chondro-épithéliome.

Homme de 36 ans. — Début de la tumeur non mentionné. Cette tumeur avait un pouce de long sur trois quarts de pouce de largeur; elle était ovoïde, nettement limitée, parfaitement encapsulée et nourrie par une petite artère qui la pénétrait à sa base. La peau de la lèvre et la membrane muqueuse étaient mobiles sur elle.

Au microscope, on constate du tissu embryonnaire glandulaire et conjonctif; quelques ilots de cartilage, les plus étendus se trouvent au centre de la tumeur. Toutes les variétés de cartilage se rencontraient dans les ilots cartilagineux : cartilage hyalin, fibreux et réticulé et aussi la variété qu'on rencontre dans la tête des céphalopodes, en particulier du cartilage avec des cellules ramifiées.

OBSERVATION VI

British. med. Journal, 1868, 10 octobre, p. 389.

Reports of medical, and surgical practice in the hospitals of great Britain.

Westminster hospital.

Tumeur glandulaire dans la lèvre supérieure, datant de 41 ans. — Ablation. — Guérison. (M. Francis Mason).

Une femme de 45 ans s'adressa à cet hôpital en mai dernier, avec une tumeur de la grosseur d'une orange de Tanger environ, sur le côté gauche de la lèvre supérieure. Elle croyait qu'elle était tombée sur cette région à l'âge de quatre ans. Depuis cette époque, la tumeur avait lentement mais constamment

grossi. Elle avait souvent désiré qu'elle fut enlevée, mais avait reculé devant l'opération sanglante. La tumeur ne l'avait jamais fait souffrir, et actuellement sa manipulation ne provoque aucune douleur.

Elle est ferme, élastique et lobulée au toucher, aplatie dans sa partie adjacente aux gencives qui porte l'empreinte des dents voisines et convexe sur sa face antérieure, distendant considérablement la peau de ce côté. La malade a toujours joui d'une bonne santé et est actuellement tout à fait bien portante. M. Mason enleva la tumeur par une seule incision à travers la muqueuse à la partie postérieure de la tumeur. Il y avait çà et là quelques adhérences, mais néanmoins la tumeur fut facilement énucléée.

Une coupe montra quelle était de nature glandulaire, étant composée d'une quantité de petits nodules lâchement unis. Au centre furent notées quelques délicates plaques de dépôt calcaire.

Sous le microscope on observa l'irritation de la structure glandulaire habituelle, telle qu'on la voit dans les glandes labiales.

La plaie se réunit par première intention et la malade guérit parfaitement.

M. Mason attire l'attention sur ce fait qu'il a fait l'incision sur la muqueuse. L'ablation de la tumeur aurait été plus facile si l'incision avait été faite à travers la peau, mais il préféra ne pas faire de cicatrice visible.

Il est remarquable que la malade ait négligé sa tumeur jusqu'à 41 ans, mais de tels cas sont loin d'être rares.

OBSERVATION VII

Cette observation nous a été communiquée avec l'examen histologique de la tumeur, par notre collègue G. Sourdille, interne à l'Hôtel-Dieu, à qui nous avons adressé cette malade.

Tumeur mixte des glandules labiales.

Mathilde Pi. . . , âgée de 30 ans.

Entrée en octobre 1894, salle Sainte-Marthe, Hôtel-Dieu.

Cette femme m'est adressée pour une petite tumeur siégeant à la lèvre supérieure.

Cette femme, d'une excellente santé habituelle, a eu la fièvre typhoïde à 22 ans, c'est-à-dire il y a huit ans. C'est à la suite de cette maladie qu'elle a commencé à s'apercevoir de la présence d'une petite tumeur à la face interne de la lèvre supérieure. Cette tumeur s'est développée lentement, sans douleur, sans irritation quelconque, mais comme elle produit une gêne constante, cette femme vient me trouver pour la lui enlever.

A l'examen, cette tumeur a le volume d'une grosse noisette, à peu près sphérique légèrement bosselée, de consistance dure, fibreuse. Elle est indolore à la pression, très mobile sur les tissus profonds, sans adhérence à la muqueuse, siégeant manifestement dans la couche glandulaire. Elle est exactement située à la face interne de la lèvre supérieure, dans sa moitié droite, à égale distance du frein et de la commissure droite. Elle fait une saillie à peine appréciable sur les téguments.

Opération. — Injection sous-muqueuse de cocaïne. Dissection et énucléation de la tumeur au bistouri. Suture à la soie. Réunion au 4^{me} jour.

Examen de la tumeur. — La tumeur a le volume d'une grosse noisette, elle est arrondie avec quelques mamelons peu saillants. Elle est manifestement encapsulée; sa consistance est dure, fibreuse.

A la coupe on constate qu'elle contient des aiguilles osseuses; sa surface de section n'est pas de couleur uniforme, ici gris rosé, là, d'un blanc nacré; en d'autres points d'une translucidité remarquable.

Cette tumeur est décalcifiée dans une solution aqueuse étendue d'acide chlorhydrique, puis durcie dans les alcools progressivement concentrés.

Le durcissement une fois achevé, des coupes sont faites, colorées au picro-carmin et à l'hématoxyline du Bahmer, puis montées au baume.

Voici ce qu'on constate au microscope :

La tumeur est contenue dans une capsule fibreuse épaisse, formée de faisceaux connectifs denses. En certains points cette

enveloppe conjonctive contient dans son épaisseur des lobules, glandes salivaires normales, reconnaissables à leur épithélium nucléaire à protoplasma très clair, légèrement granuleux.

Cette enveloppe envoie dans l'épaisseur de la tumeur des prolongements cellulux qui la divisent en lobes incomplets.

La tumeur elle-même présente à examiner des éléments épithéliaux et un stroma.

Eléments épithéliaux. — Les masses épithéliales varient singulièrement d'aspect suivant les divers points de la tumeur. En certains points elles sont représentées par des tubes glandulaires coupés soit en travers, soit dans le sens de la longueur. Ces tubes sont constitués par une membrane d'enveloppe amorphe tapissée sur sa face interne par une seule couche d'épithélium nucléaire cubique ; la lumière de ces tubes vue sur une section transversale mesure de 10 à 15 μ de diamètre. Quelques-uns ont un calibre plus considérable et sont revêtus de deux couches d'épithélium cylindrique, rappelant ainsi la structure des canaux excréteurs des glandes salivaires normales. Ça et là, certaines de ces cavités glandulaires sont fortement dilatées et prennent l'aspect de petits kystes canaliculaires ; ces kystes sont remplis par un coagulum jaunâtre, homogène, fendillé, d'apparence vitreuse. Plusieurs d'entre eux, au lieu de contenir ce coagulum, sont remplis par des corps opaques à leur centre, plus clairs sur leurs bords de couleur vert foncé, présentant des stries radiées : ce sont des calculs salivaires intra-canaliculaires. Parmi ces kystes, les uns ont conservé leur épithélium de revêtement ; dans les autres cet épithélium est abrasé, détruit.

Leur disposition est également variable ; les uns sont isolés, disséminés ça et là dans le champ de la préparation ; d'autres au contraire, se groupent, se juxtaposent et en certains points cette agglomération de kystes, séparés seulement par de minces travées fibreuses, communique un aspect fibreux, aréolaire.

En d'autres points, ces masses épithéliales forment des tubes épithéliaux pleins, anastomosés les uns avec les autres, à contour moins bien limité ; ce sont de vrais boyaux allongés sans membrane d'enveloppe, formés par des cellules cubiques dis-

posées en plusieurs couches envahissant les lacunes du stroma conjonctif qui les entoure.

Enfin sur d'autres points, particulièrement dans ceux où le stroma conjonctif prend le caractère du fibrôme, l'élément épithélial, comme étouffé par cette gangue fibreuse, est constitué par des éléments déformés, aplatis, accumulés dans des lacunes d'apparence losangique, polygonale, formées par les faisceaux connectifs.

Ainsi donc dans cette tumeur les masses cellulaires revêtent le type de l'adénome et celui de l'épithéliome.

Stroma. — Le stroma en est très variable, et c'est cette variété même, ce polymorphisme qui donnent à ce genre de tumeurs un aspect tout particulier et en font une catégorie à caractères bien tranchés et si différente des autres tumeurs. Cette trame appartient au type connectif. Toutes les variétés histologiques de ce tissu, depuis le tissu embryonnaire, jusqu'au tissu osseux, peuvent s'y rencontrer. Examinons quelles sont les variétés qui entrent dans la constitution de la trame de cette tumeur.

Dans certains points, les masses épithéliales sont entourées de cellules fusiformes à gros noyau, disposées côte à côte; ici la trame prend nettement les caractères du sarcome fasciculé. Ailleurs, le tissu conjonctif atteint un degré plus avancé de son évolution: il est formé par des faisceaux connectifs séparés par quelques cellules étoilées; par places, ce tissu adulte est d'une plus grande densité formant des bandes d'aspect tendineux, nous avons déjà dit plus haut qu'au niveau de ces portions fibreuses, la trame prenait un aspect aréolaire par suite de l'agglomération de cavités glandulaires devenues kystiques.

Dans d'autres point existent des ilots cartilagineux, de dimensions variables mais dont quelques-uns occupent le quart de la coupe. Le cartilage présente ici les caractères anatomiques que l'on rencontre souvent dans les chondromes, c'est-à-dire ceux des cartilages de la tête des céphalopodes. Ils est essentiellement constitué par une substance fondamentale translucide traversée par des fibrilles élastiques dessinant des alvéoles irréguliers. Dans cette substance fondamentale se trouvent les éléments cellulaires caractéristiques du cartilage: ce sont d'une part de grosses cellules arrondies ou ovalaires contenues dans des cavités creusées

à l'intérieur de la substance élémentaire, et d'autre part, de nombreuses cellules étoilées à longs prolongements protoplasmiques.

Notons enfin la présence, dans la trame de cette tumeur, de nombreux noyaux osseux avec leurs corpuscules étoilés d'ailleurs sans caractères particuliers.

Quant aux vaisseaux contenus dans la tumeur, ils sont peu nombreux et représentés par des capillaires un peu dilatés constitués par un endothélium nucléaire.

Il nous reste maintenant à indiquer la distribution proportionnelle de l'élément conjonctif.

En certains points les tubes glandulaires dominent; ils sont réunis en grand nombre, formant un véritable lobule adénomateux, dont chaque élément y est séparé par une légère couche de tissu sarcomateux.

Ailleurs, l'élément épithélial existe à peine; on se trouve en présence du fibrome dur, dans lequel les tubes glandulaires ont été comme étouffés. Dans quelques endroits même, les tubes glandulaires ne sont pas atrophiés; ils sont au contraire dilatés et la coupe donne l'aspect d'un fibrome lacunaire.

Au niveau des noyaux cartilagineux, les masses épithéliales sont rares; c'est tout au plus si on peut trouver un ou deux tubes englobés, noyés dans ce tissu. Quant au tissu osseux, il est tantôt situé à côté, tantôt au milieu d'un îlot cartilagineux, mais où il domine surtout, c'est au-dessous de la membrane d'enveloppe.

Telle est la constitution de cette tumeur, elle est complexe en vérité; on y trouve toute les variétés de tissus du genre connectif, sauf le myxome, et si on voulait la caractériser par une appellation anatomique, nous serions obligé, en tenant compte de cette variété même de la trame, d'employer le mot barbare de : adéno-épithélio-sarco-fibro-chondro-ostéome des glandes labiales.

CONCLUSIONS

1° Les glandes des lèvres possèdent des tumeurs mixtes analogues comme structure aux tumeurs des autres glandes salivaires.

2° Ce sont des tumeurs épithéliales.

3° Ces tumeurs épithéliales (adénome et épithéliome) présentent comme caractères spéciaux d'avoir une trame formée de tissus variables dépendant du tissu conjonctif : Tissus fibreux, cartilagineux, muqueux, sarcomateux, osseux ; ces divers tissus étant tous réunis dans la même tumeur ou quelques-uns d'entre eux seuls s'y trouvant.

4° L'origine de ces tumeurs est encore douteuse, mais leur congénitalité, c'est-à-dire leur développement aux dépens de débris embryonnaires, semble probable.

5° L'évolution de ces tumeurs comprend deux périodes ; une première fort longue de bénignité, une seconde de malignité. Cette malignité est due à une prolifération plus intensive soit du tissu épithélial, soit du tissu sarcomateux, quelquefois des deux en même temps.

6° On observe rarement l'engorgement ganglion-

naire, mais il peut se produire quand l'élément épithélial arrive à prendre le dessus sur la trame.

7° La récurrence après opération est possible, soit sur place, soit dans les ganglions.

8° Le pronostic bénin pendant toute la première période devient grave dans la suite.

9° Il s'ensuit le précepte formel d'opérer ces tumeurs aussitôt qu'elles sont reconnues.

Vu par le Président de la Thèse
A. LE DENTU.

Vu :
Le Doyen
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DICTIONNAIRE DECHAMBRE. — Article lèvres.
- DICTIONNAIRE JACCOUD. — Article lèvres.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de Pathologie externe.
- POULET et BOUSQUET. — Path. ext.
- TERRIER, HARTMANN et BROCA. — Man. de Path. ext., Paris, 1882, 1887.
- TRAITÉ DE CHIRURGIE. — T. I, p. 470, Quénu ; t. v, p. 221, Broca ;
t. v, p. 415, Hartmann.
- TH. DE PÉROCHAUD. — Paris, 1885.
- TH. DE VOYER. — Paris, 1889.
- DE LARABRIE. — Arch. générales de Médecine, 1890, t. I, p. 537 et 677 ;
t. II, p. 34.
- JAMES PAGET. — Lectures delivered at the royal college of surgeon,
May 1851, London.
- FRANCIS MASON. — British. Med. Journal, 10 Octobre 1868 (Reports
of medical and surgical practice in the hospitals of Great Britain).
- GOODHART. — Path. soc. of London, Octobre 1876, d'après The Lancet,
t. II, p. 574.
- HUMPHRY. — Cambridge med. Soc., vendr. 7 Mai 1880, d'après Bristish
med. Journal 1880, 29 Mai, p. 816.
- A.-R. ROBINSON. — Note de la page 4 de St-Bartholomew's hosp.
report, 1886.
Amer. dermat. ass., 26 août 1886, d'après Revue des sciences
médicales, 1887, t. XXIX, p. 235.
- HODENPYL. — Proc. N.-York, Path. soc., 1891.
Un cas de chondro-myxo-sarcome de la lèvre.



Figure 1. — Coupe de la lèvre supérieure.

p. peau — *g. s.* glomérules sudoripares — *c. m.* couche musculaire —
t. g. tissu graisseux — *m.* muqueuse labiale — *n.* point où l'épithé-
 lium prend le type corné — *g.* glandes salivaires labiales — *e. c.* leur
 enveloppe conjonctive — *a. a.* artères.

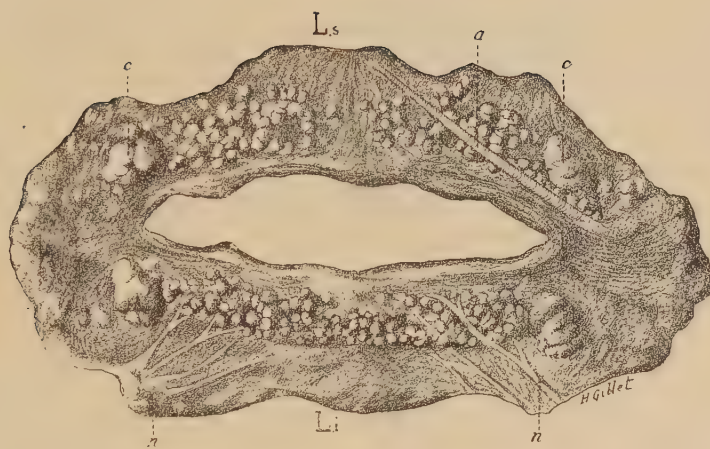


Fig. II. — Glandes salivaires labiales.

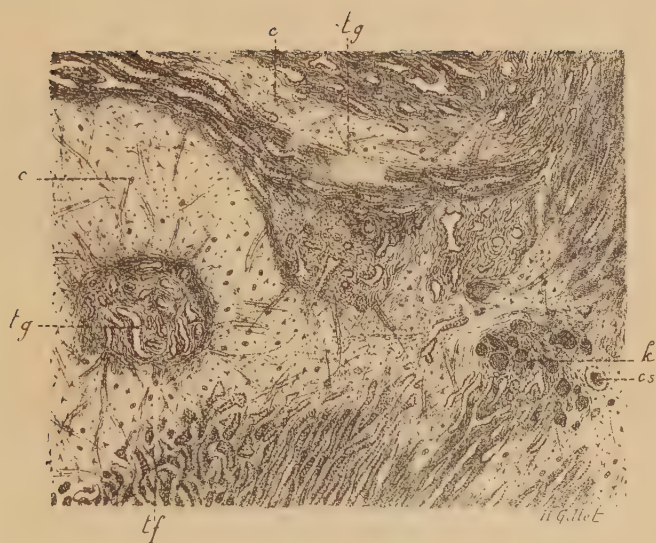


Fig. III.

c. cartilage — *t. g.* tubes glandulaires — *t. f.* tissu fibreux — *k.* kystes glandulaires — *c. s.* calcul salivaire.

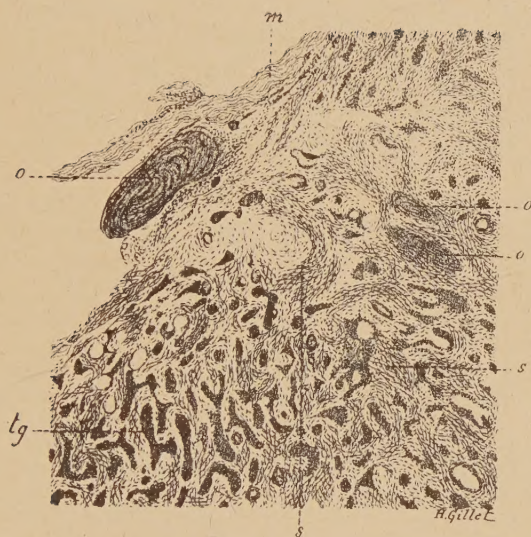


Fig. IV.

m. membrane d'enveloppe — *o.* noyau osseux — *t. g.*
tubes glandulaires — *s.* tissu sarcomateux à cellules
fusiformes.

